SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL VICHADA**
**CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA -VICHADA - EM**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **99** |
| **Código Centro** | **953110** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **13973-425214** |
| **No. de documento** | **85535** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ | **C.C.** | 91.264.413 | **IP/Nº de contacto** | 3004779446 |
| **Correo electrónico contratista:** | eguerreroro@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 91209540644 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000** | | | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 6412491654/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **8821** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 11.392.880 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 11.392.880 | **1** | **Del** | **05/05/2021** | **Al** | **31/05/2021** | **$ 3.869.280,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.523.600 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y A DISTANCIA; ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.869.280 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.869.280** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.571.060** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | . |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.547.712 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 193.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 247.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 857.020 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.571.060,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.428.080,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 301 | 30.954,00 | 0,800% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.838.326,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se participo conjuntamente de la planeación de los procesos de formación como son la socialización por parte de coordinación de del centro de formatos para inscriopcion, lineamientos para impartir formación a los aprendices y divulgación de la oferta.
las actividades, acciones y resultados realizadas en el marco del objeto contractual en la plataforma sofia plus “crear ruta de aprendizaje, promoción de la oferta de los cursos además archivo de inscripocion al curso diligenciamiento de formato carga masiva.
Durante el mes de mayo no se desarrollaron actividades o acciones relacionadas con esta obligación.
Se presenta evidencia de las Guías de Aprendizaje para el programa de Fortalecimiento para la gestión organizacional competencia: Consolidar la Cultura Organizacional Según Modelo de Gestión
Se presenta evidencia de la hoja de vida en el sigep con la fecha de actualización
Se participo de la encuesta realizada por la ARL Positiva donde se evalua temas de SST el dia 19 /05/2021

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

**EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**FERNANDO BARRERO CABALLERO**
**PROFESIONAL G02**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**OSCAR EDUARDO DAZA JOAQUI**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

SIIF Nación

## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHjortizc | JANES NORELLA ORTIZ CATIMAY |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-099-953110 | CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA -VICHADA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2021-05-05-6:53 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 1221 de fecha 2021-02-16. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 8821 | Fecha Registro: | 2021-05-05 | Unidad / Subunidad ejecutora: | | 36-02-00-099-953110 CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA - VICHADA | | | |
| Vigencia Presupuestal: | Actual | Estado: | Generado | | | Tipo de Moneda: | COP-Pesos | Tasa de Cambio: | 0,00 |
| Valor Inicial: | 11 392 880.00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | | Valor Actual: | 11 392 880.00 | Saldo x Obligar: | 11 392 880.00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: Cédula de Ciudadanía | 91264413 | Razon Social: | EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ | Medio de Pago: | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 91209540644 | Banco: | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo: | Ahorro | Estado: | Registrada |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 40367209 | Nombre: | MARTHA CECILIA ROJAS MENA | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO DE PRODUCCION Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA - VICHADA |

| CAJA MENOR | | | VIATICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | | Fecha de Registro: | | Genera Viáticos: | No | Num. Solicitud de comisión: | | Numero: | 064 ID CO1 PCCNTR 2491654 | Tipo: | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES | Fecha: | 2021-05-05 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO/RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 953110 CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA -VICHADA - EMPRENDE RURAL | C-3602-1300-8-0-3602035-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL EMPRENDIMIENTO. FOMENTO DEL EMPRENDIMIENTO Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL A NIVEL NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 11 392 880.00 | 0.00 | | |
| | | | | | Total: | 11 392 880.00 | 0.00 | 11 392 880.00 | 11 392 880.00 |

| | |
|---|---|
| Objeto: | Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural, en la modalidad presencial y a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-099-953110 | CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA -VICHADA | 3-0 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-05-25 | 3 869 280.00 | 3 869 280.00 | NINGUNO |
| 36-02-00-099-953110 | CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA -VICHADA | 3-0 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-06-25 | 4 299 200.00 | 4 299 200.00 | NINGUNO |
| 36-02-00-099-953110 | CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA -VICHADA | 3-0 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-07-26 | 3 224 400.00 | 3 224 400.00 | NINGUNO |

JENNY MILENA CUMAN RODRIGUEZ
COORDINADORA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación 21 04 2014

144880084

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia; - Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio | A. Contributivo ✓ B. Subsidiado |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## A. AFILIACIÓN

### II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Guerrero | Rodriguez | Edgardo | Alonso |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC ✓ PA SC | 91264413 | Femenino Masculino ✓ | 28 03 1964 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| | | 908.526 |

18. Residencia

| Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| Cl 93 # 34A-39 Jardín | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3004729946 | eguarnerio@unisma.edu.co |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| Bucaramanga | Urbana ✓ Rural | | Santander |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A |

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

Datos Complementarios

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | 31. Discapacidad Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Unidad de Atención Primaria | 10301 |
| B | Cdla Sanitas | 1624 |
| B | | |
| B | | |

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -

OFIX

Escaneado con CamScanner

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de Identificación (NIT, CC, TI, PA, CE, CD) | 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC) | Número del documento de identidad | Sexo (Femenino, Masculino) | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado (Código) | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| Sanitas | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC — TOTAL 1
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento) | 67. Datos del SISBÉN (Número de ficha / Puntaje / Nivel) | 68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de Validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|
| | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

Observaciones: Afiliación dependiente

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta le veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| Eva Alvarado | E.P.S. Sanitas Organización Sanitas Internacional OFICINA BUCARAMANGA | |

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14755545533

(415)7707212489984(8020) 000001475554553 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 1 2 6 4 4 1 3 | 2 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 9 1 2 6 4 4 1 3 | 1 9 8 7 0 5 0 8 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUERRERO | RODRIGUEZ | EDGARDO | ALONSO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

41. Dirección principal: CALLE 93 N 34 A 34

42. Correo electrónico: eguerreroro@misena.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 | 3 2 2 4 9 5 8 2 3 8 | 3 0 0 4 7 7 9 4 4 6 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1 | 2 0 0 2 0 6 1 7 | 7 0 2 0 | 2 0 1 2 1 1 2 0 | | 8 5 4 1 | 8 5 4 2 | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 05 - 20 / 10 : 54: 53

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GUERRERO RODRIGUEZ EDGARDO ALONSO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.547

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 04 MES | 2021 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| GUERRERO RODRIGUEZ EDGARDO ALONSO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 52 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS | CC | 91264413 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSTRUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA DESEMPEÑAR SU CARGO
SE RECOMIENDA CUMPLIR CON MEDIDAS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA
MANTENER HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS
SE DAN RECOMENDACIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR PROPAGACION DEL COVID19: USO OBLIGATORIO Y PERMANENTE DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Nombre: MIER HERRERA HEIDY CAROLINA

R. M.: 16552 L.S.O.: 019087

**Código de Seguridad**
I99O1U53547

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GUERRERO RODRIGUEZ EDGARDO ALONSO

CC: 91264413



Escaneado con CamScanner

## Hace constar:

Que el Sr(a) EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91264413 realizó el día 11/05/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91264413 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

**POSITIVA**
**Compañía de Seguros S.A.**
**N.I.T 860.011.153-6**

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ, con Cédula Ciudadanía No. 91264413 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 06/05/2021 y fecha fin de contrato 23/07/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101554947.

Dada en Bogotá, a los 5 días del mes de mayo de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Viernes, 23 de abril de 2021

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **EDGARDO ALONSO GUERRERO RODRIGUEZ** identificado(a) con cc. **91264413** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 912-095406-44 | 2020/03/21 | Activa |

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Do[illegible] Gutie[illegible]ez Correa
Gerente Corresponsales Ban[illegible]

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| VILLAVICENCIO | VILLAVICENCIO | 30 | 30-44-101041728 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05 | 05 | 2021 | 05 | 05 | 2021 | 00:00 | 22 | 11 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| GUERRERO RODRIGUEZ, EDGARDO ALONSO | CC: 91.264.413 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CALLE 93 No..34A-34 | BUCARAMANGA, SANTANDER | 6950114 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL VICHADA | NIT: 899.999.034-1 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| KR 10 NRO. 15 - 71 | PUERTO CARRE¥O, VICHADA | 5654465 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 064-2021 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y A DISTANCIA; ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 05/05/2021 | 22/11/2021 | $1,139,280.00 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******21,958.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,692.00 | $ **********35,650.00 | $ ********1,139,280.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| CONSUELO BROCHERO TORRES | 143318 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - TELEFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO***

30-44-101041728

**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| VILLAVICENCIO | VILLAVICENCIO | 30 | 30-44-101041728 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05 | 05 | 2021 | 05 | 05 | 2021 | 00:00 | 22 | 11 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | GUERRERO RODRIGUEZ, EDGARDO ALONSO | | CC: 91.264.413 |
| DIRECCIÓN: CALLE 93 No..34A-34 | CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER | TELÉFONO: | 6950114 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL VICHADA | | NIT: 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN: KR 10 NRO. 15 - 71 | CIUDAD: PUERTO CARRE¥O, VICHADA | TELÉFONO | 5654465 |

ADICIONAL:

PSE GUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******21,958.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,692.00 | $ ***********35,650.00 | $ ********1,139,280.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| CONSUELO BROCHERO TORRES | 143318 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - TELEFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO***

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | |

(415) 7709998021167 (8020) 11006102734891 (3900) 000000035650 (96) 20220505

**REFERENCIA PAGO:**

**1100610273489-1**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

## ACTA DE APROBACIÓN DE GARANTIA

En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 "***Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones***", se procede a aprobar la garantía única de cumplimiento, según la siguiente información así:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUMERO DEL CONTRATO Y FECHA:** | **000064 del 05 de mayo de 2021-SECOP II CO1.PCCNTR.2491654** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural, en la modalidad presencial y a distancia; enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER | | |
| **CONTRATISTA:** | **Edgardo Alonso Guerrero Rodriguez** | **CC:** | 91.264.413 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | **$ 11.392.880** | | |
| **GARANTIA UNICA NUMERO :** | 30-44-101041728 | | |
| **TIPO DE GARANTÍA:** | Cumplimiento | | |
| **COMPAÑÍA ASEGURADORA:** | seguros del estado SA | | |
| **FECHA DE EXPEDICIÓN:** | **05 de mayo de 2021** | | |
| **PLAZO INICIAL:** | Dos (02) meses y 20 dias | | |

**VERIFICACION DE LOS AMPAROS**

| AMPARO | PORCEN-TAJE | VIGENCIA DEL AMPARO | FECHA DE INICIO (D/M/AA) | FECHA TERMINACION (D/M/AA) | VALOR A ASEGURAR | VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO:** | 10% | Vigencia del contrato y 4 meses más | 5/05/2021 | 22/11/2021 | 11.392.880 | 1.139.288,00 |
| **CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES** | | | | | | |
| **CALIDAD DEL SERVICIO:** | | | | | | |
| **BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO:** | | | | | | |
| **PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** | | | | | | |

2 Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual, del citado contrato, según la siguiente información así

| | |
|---|---|
| **NUMERO DEL CONTRATO Y FECHA:** | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | |
| **IDENTIFICACION GARANTIA UNICA** | |
| **TIPO DE GARANTÍA** | |
| **COMPAÑÍA ASEGURADORA** | |
| **FECHA DE EXPEDICIÓN** | |

| AMPARO | SMMLV | VIGENCIA DEL AMPARO | FECHA DE INICIO (D/M/AA) | FECHA TERMINACION (D/M/AA) | VALOR A ASEGURAR | VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** | | | | | | |

Verificados los amparos, valores y vigencias contenidas en la póliza revisada, la misma se ajusta plenamente a lo requerido en el contrato y en consecuencia se imparte su aprobación en Puerto Carreño., a los **05 de mayo de 2021**

**MARTHA CECILIA ROJAS MENA**
Subdirectora de Centro (e

*Proyectó: Sandra Patricia Vargas Silva- Apoyo Administrativo y contractual*
*Lehydit Johana Niño Penagos – Abogada Contractual*
Ip: 85465